Ontario

Parlons de santé et non plus de soins de santé

Rapport annuel de la médecin hygiéniste en chef de 2010 à l'Assemblée législative de l'Ontario

Table des matières

Lettre d'envoi	1
Lettre de la médecin hygiéniste en chef	2
Définition d'une politique publique favorable à la santé	4
La santé et non pas les soins de santé	6
Le niveau de revenu et le statut social	7
L'éducation et l'alphabétisme	7
L'emploi et les conditions de travail	7
Le développement de la petite enfance	7
La menace imminente des maladies chroniques	10
Qu'est-ce que des politiques publiques favorables à la santé ?	12
Prise en compte de la santé pour toutes les politiques	14
Politiques publiques favorables à la santé qui existent déjà en Ontario	16
Politiques publiques favorables à la santé dans les municipalités de l'Ontario	21
Conclusion	23
Annexe	27
Bibliographie	28

Lettre d'envoi

Ministry of Health and Long-Term Care

Chief Medical Officer of Health
Public Health Division
11th Floor, Hepburn Block
Queen's Park
Toronto ON M7A 1R3

Telephone: (416) 212-3831
Facsimile: (416) 325-8412

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Médecin hygiéniste en chef
Division de la santé publique
Édifice Hepburn, 11e étage
Queen's Park
Toronto ON M7A 1R3

Téléphone : 416 212-3831
Télécopieur : 416 325-8412

Ontario

Décembre 2011

Président de l'Assemblée législative de l'Ontario
Édifice de l'Assemblée législative, salle 180
Queen's Park
Toronto (Ontario) M7A 1A2

Monsieur le Président,

J'ai le plaisir de vous présenter le *Rapport annuel de la médecin hygiéniste en chef de 2010 à l'Assemblée législative de l'Ontario* conformément au paragraphe 81 (4) de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La médecin hygiéniste en chef,

A. King.

Arlene King, MD, M.Sc.S., FRCPC

p. j.

Lettre de la médecin hygiéniste en chef

[Traduction]

« La santé publique, c'est l'art de promouvoir la santé. Elle repose sur le principe que la santé est un processus qui englobe le bien être social, mental, spirituel et physique et trouve sa justification dans le fait que la santé est une ressource fondamentale à la fois pour l'individu, la collectivité et la société dans son ensemble qui doit être entretenue par des investissements judicieux dans les conditions de vie contribuant à créer, à maintenir et à protéger la santé[1]. »

Ilona Kickbusch
Directrice de la Division de la promotion, de l'éducation et de la communication pour la santé
Organisation mondiale de la santé

Imaginez que vous ayez une conversation avec une centaine d'Ontariennes et d'Ontariens choisis au hasard sur les façons d'améliorer la santé en Ontario. C'est ce que j'ai fait moi-même à plusieurs reprises, et les discussions tournaient presque toujours autour des temps d'attente dans les hôpitaux, de la pénurie de médecins ou de la nécessité d'ouvrir plus de cliniques communautaires. Ce sont là des préoccupations légitimes. Il va sans dire qu'il faut s'en occuper, pour continuer de bien traiter tous les gens de l'Ontario qui tombent malades et qui se blessent. Pourtant, cela n'a pas grand-chose à voir avec l'amélioration de la santé.

Quelles sont, généralement parlant, les plus grandes menaces pour la santé dans notre société contemporaine ? On peut penser à l'obésité, au tabagisme et à l'alcoolisme, aux maladies chroniques comme le diabète, le cancer et les maladies cardiaques, et aux blessures. Si on réunit une centaine d'experts dans une salle pour discuter des moyens d'atténuer ces menaces, ils ne parleront certainement pas des temps d'attente ni des pénuries de médecins. Ils parleront plutôt de la promotion d'habitudes de vie bénéfiques pour la santé, de la réduction de la pauvreté, de l'amélioration de la santé des enfants, de l'élimination des inégalités en matière de santé et d'insécurité alimentaire. Autrement dit, les conversations porteront sur bien des choses, mais elles n'auront pas grand rapport avec l'état actuel des soins de santé.

Par exemple, en septembre 2011, les Nations Unies ont convoqué une réunion de haut niveau sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Il en a résulté une déclaration[2], signée par le Canada, qui propose des moyens de lutter contre l'obésité et de réduire le tabagisme et l'alcoolisme. La déclaration prévoit la définition d'ici 2012 d'objectifs visant à réduire la mortalité attribuable à des maladies chroniques, souvent évitables, comme le cancer, les maladies cardiaques, le diabète et les maladies respiratoires chroniques. Cette réunion a donné lieu à des journées de discussion intense sur beaucoup de sujets liés à la santé n'ayant pour la plupart aucun lien avec les services de santé en tant que tels.

Je profite du rapport de cette année pour approfondir l'idée qu'il est temps d'avoir de nouvelles conversations sur la santé publique et continuer de faire progresser l'argument avancé dans mon rapport annuel de 2009, à savoir qu'il faut dorénavant mettre l'accent non seulement sur les soins aux malades mais également sur la prévention. Pour dire les choses simplement, la santé publique est avant tout une question de prévention. Le but est de réduire le nombre de personnes malades et de personnes qui se blessent et d'aider les gens à vivre longtemps et en santé. On peut améliorer la santé en Ontario, mais il faut pour cela des efforts concertés entre les trois niveaux d'administration publique, les leaders des collectivités, le secteur privé et tous les gens de l'Ontario. Cela nécessite à la fois des efforts individuels et des efforts collectifs. De plus, nous devons tous reconnaître que la meilleure politique de santé publique est de placer les politiques publiques favorables à la santé au centre de tout ce que nous faisons et de faire en sorte que tout le monde contribue à la prévention.

D^re^ Arlene King
La médecin hygiéniste en chef de l'Ontario

Définition d'une politique publique favorable à la santé

« Il faut changer notre façon de penser et reconnaître qu'une bonne santé dépend de divers facteurs et influences, dont 75 p. 100 n'ont aucun rapport avec le système de soins de santé. Il faut donc agir de façon proactive et aider les collectivités, les villes, les provinces, les territoires et le pays à produire des citoyens en bonne santé, à assurer leur mieux-être physique et mental et à préserver leur productivité. Attendre passivement que la maladie se déclare et essayer ensuite d'y trouver un remède grâce au système de soins de santé n'est tout simplement pas une option. Nous devons donc prendre en considération tous les facteurs qui influencent la santé et, grâce à une approche axée sur la santé de la population, remédier aux inégalités et contribuer au mieux-être et à la productivité[3]. »

Rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations

La citation ci-dessus provient d'un rapport publié en 2009 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie qui exhorte le premier ministre du Canada, les premiers ministres des provinces, les maires et autres dirigeants municipaux, les leaders des collectivités et les chefs autochtones à faire de la prévention une priorité, de manière à éliminer les inégalités, à alléger le fardeau des maladies et blessures et à accroître la productivité.

L'approche multisectorielle et intégrée de prévention préconisée par le rapport est aussi celle adoptée dans plusieurs pays du monde. L'Agence de la santé publique du Canada[4] parle de quatre manières dont la prévention pourrait ou devrait s'effectuer. Les quatre aspects de la prévention sont les suivants :

- Prévention clinique – Comprend essentiellement les activités individuelles liées au système de soins de santé.
- Promotion de la santé – Vise à encourager les individus et les collectivités à adopter des comportements ayant des effets positifs sur la santé et à éviter ceux qui ont des résultats négatifs.
- Protection de la santé – Comprend des interventions visant à réduire les risques pour la santé (p. ex. des politiques et des lois).
- Politiques publiques favorables à la santé – Inclut des interventions en dehors du secteur de la santé qui engendrent des effets positifs sur la santé mais dont la santé n'est pas le principal objectif[5].

Le premier de ces aspects, soit la prévention clinique, entre dans la catégorie des soins primaires ou dans celle du système de soins de santé en général. Les deux suivants, soit la promotion de la santé et la protection de la santé, concernent l'individu et la collectivité et sont généralement considérés comme le domaine de la santé publique. Le quatrième, c'est à-dire les politiques publiques favorables à la santé, qui est l'objet du présent rapport, est plus difficile à cataloguer. Personne en particulier n'est responsable des politiques publiques favorables à la santé puisque c'est l'affaire de tout le monde.

Les politiques publiques favorables à la santé sont ce qu'on obtient en axant les discussions sur la santé plutôt que sur les soins de santé. Ce que fait si bien valoir le Sous-comité sénatorial, comme beaucoup d'autres défenseurs des soins de santé, c'est que les politiques publiques favorables à la santé doivent sous-tendre tout ce que nous faisons. Nous ne pourrons vraiment assurer la santé publique comme le méritent tous les gens de l'Ontario qu'en tenant compte des effets sur la santé de toutes les politiques qui sont mises en œuvre, de tous les programmes qui sont réalisés et de tous les services qui sont fournis dans la province.

La santé et non pas les soins de santé

La théorie voulant que la prévention soit un facteur déterminant de la santé n'a rien de nouveau. Les êtres humains savent instinctivement depuis des siècles que la meilleure façon de réduire les maladies et les blessures est de prendre les moyens qu'il faut pour les éviter. Ce qui a changé ces dernières années n'est pas notre acquisition de cette connaissance de base. C'est plutôt le fait qu'on comprend maintenant à quel point beaucoup de causes des problèmes de santé et nombre de leurs solutions se situent en dehors des structures traditionnelles des soins de santé.

Aujourd'hui, la plupart des gens de l'Ontario sont au courant de l'existence des « déterminants de la santé ». Il s'agit des facteurs économiques, sociaux et environnementaux qui sont reconnus pour leur influence importante sur la santé. Ce qu'il faut absolument savoir au sujet de ces déterminants, c'est qu'ils déterminent la mesure dans laquelle il existe des inégalités en matière de santé dans notre société.

L'Agence de la santé publique du Canada a dressé une liste des douze déterminants de la santé, qui est reproduite ci-dessous.

- Le niveau de revenu et le statut social
- Les réseaux de soutien social
- L'éducation et l'alphabétisme
- L'emploi et les conditions de travail
- Les environnements sociaux
- Les environnements physiques
- Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles
- Le développement de la petite enfance
- Le patrimoine biologique et génétique
- Les services de santé
- Le sexe
- La culture[6]

Ce que cette liste fait clairement ressortir, c'est que peu importe la façon dont on aborde ou on classe les divers facteurs qui influencent la santé des gens, les services de santé ne sont qu'un petit élément d'un tout. C'est ce qu'illustrent bien quatre facteurs qui sont généralement reconnus pour être quatre des principaux déterminants de la santé.

Le niveau de revenu et le statut social

On considère généralement le revenu comme le principal déterminant de la santé et une cause évidente des inégalités en matière de santé. Il existe une foule de recherches qui indiquent que les gens ayant un faible revenu sont plus malades et vivent moins longtemps que ceux ayant un revenu plus élevé.

Fait

Environ 20 pour cent des dépenses liées aux soins de santé au Canada peuvent être attribuées aux disparités socioéconomiques, comme les écarts de revenu[7].

L'éducation et l'alphabétisme

L'éducation est un autre déterminant essentiel de la santé. Les gens ayant un niveau de scolarité élevé ont tendance à être en meilleure santé que ceux qui ont moins étudié[8]. Les raisons peuvent sembler évidentes, mais elles n'en sont pas moins importantes. Les gens ayant fait des études sont plus au courant de ce qu'il faut faire pour être en bonne santé et ils ont souvent plus de ressources et plus d'argent pour se payer ce qui est nécessaire à la santé, comme les aliments, les vêtements et le logement.

L'emploi et les conditions de travail

Nous passons énormément de temps dans notre milieu de travail et, par conséquent, nous sommes très vulnérables aux facteurs nuisibles à la santé qu'il comporte, comme des conditions de travail dangereuses et le stress engendré par le travail. Il n'est pas étonnant de constater que les personnes qui ont un faible revenu et un niveau de scolarité peu élevé ont de moins bonnes conditions de travail.

Le développement de la petite enfance

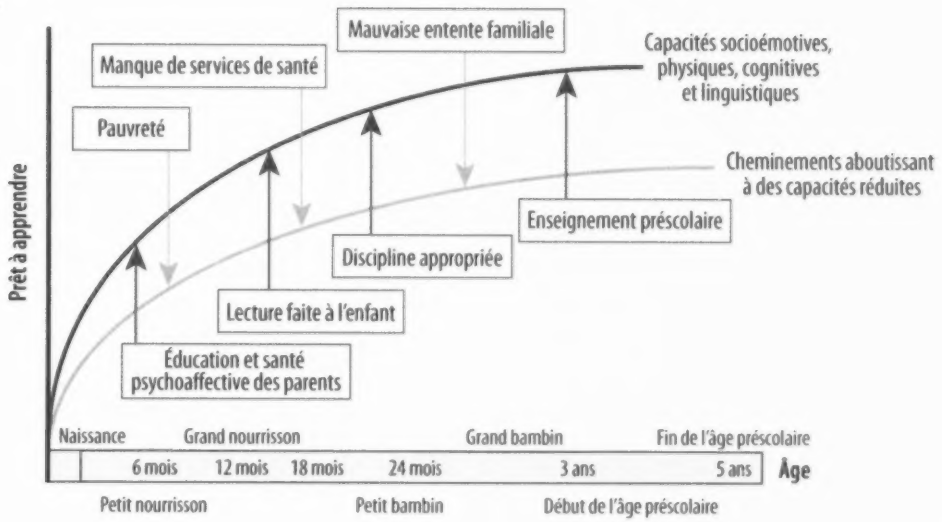
[Traduction]

« Au Canada, moins de 5 pour cent des enfants de chaque classe socioéconomique ont des problèmes de développement cliniquement détectables dès la naissance. À l'âge scolaire, ils sont plus de 26 pour cent à être vulnérables à des problèmes de santé développementale (Council for Early Child Development, 2009) et c'est alors qu'apparaissent de grandes inégalités dans le développement attribuables aux facteurs socioéconomiques (Council for Early Child Development, 2009). À ce point de vue, la société du Canada ressemble à celle de la plupart des pays du monde entier, c'est à-dire que peu importe le niveau de richesse nationale, les variations dans les ressources socioéconomiques de chaque famille sont associées à des inégalités de la santé développementale[9]. »

Clyde Hertzman
Président d'une chaire de recherche du Canada en santé des populations et en développement humain

Les premières années suivant la naissance d'un enfant jettent les bases du cheminement qu'il suivra pendant le reste de sa vie et dont il aura beaucoup de mal à s'écarter. C'est un cheminement qui le mène à une bonne santé ou qui, au contraire, l'en éloigne. Nous naissons tous avec un potentiel de santé plus ou moins semblable. Comme le montre la figure 1, ce sont les composantes de notre vie qui façonnent notre cheminement et qui commencent immédiatement à agir sur notre potentiel de santé, que ce soit de façon positive ou négative.

Figure 1 : Stratégies visant à améliorer les cheminements de préparation à l'école



Source : HALFON, N. *Building Public & Private Capacity to Improve Early Childhood Initiatives, in Building Public & Philanthropic Partnerships in Early Childhood*, 2006 Jan 17, Los Angeles, CA, Silver Spring, MD, Grantmakers for Children, Youth, and Families, 2006. (Consulté le 19 octobre 2011). Diapositive 23, Strategies to improve school readiness trajectories.

Les différences sont évidentes dès le début : les enfants de mères ayant un faible revenu et un niveau de scolarité peu élevé risquent davantage d'être prématurés ou d'avoir une insuffisance de poids à la naissance, des facteurs qui ont une influence déterminante sur la santé durant toute la vie[10]. De plus, on sait que l'alimentation des enfants varie selon le revenu et le niveau de scolarité des parents, et cet aspect a des effets durables sur la santé pour toute la vie.

De toute évidence, il existe une corrélation entre la situation socioéconomique et le développement tant physique que mental de l'enfant. Il est également incontestable que nous avons, comme société, la responsabilité de veiller à ce que tous les enfants soient bien nourris, reçoivent une éducation de grande qualité dès la petite enfance et vivent dans des collectivités sécuritaires et stimulantes, peu importe le revenu de leurs parents.

Le Canada a encore beaucoup à faire pour améliorer le développement de la petite enfance

- On compte 15 pour cent d'enfants canadiens vivant dans la pauvreté.
- À peine 17 pour cent des familles canadiennes ont accès à des garderies réglementées.
- L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) place le Canada au dernier rang parmi 25 pays riches pour l'atteinte de divers objectifs liés au développement de la petite enfance[11].

Enfants en santé Manitoba – l'exemple du Manitoba

Enfants en santé Manitoba est la stratégie interministérielle nationale de longue durée qu'a adoptée le gouvernement du Manitoba pour donner la priorité aux enfants et aux familles. Lancée en 2000, cette stratégie consiste à chercher les pratiques exemplaires et les modèles qui existent dans le monde et à les adapter aux particularités du Manitoba. La vision définie pour Enfants en santé Manitoba est d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour les enfants du Manitoba, et le principe directeur au cœur de la stratégie suppose que les meilleurs programmes et les plus efficaces sont les programmes communautaires et inclusifs. Cette stratégie nationale a été enchâssée dans la *Loi sur la stratégie « Enfants en santé Manitoba »* en 2007[12].

- Dirigée par le Comité ministériel pour Enfants en santé, la stratégie Enfants en santé Manitoba poursuit les objectifs suivants :
- élaborer, financer et évaluer des projets innovateurs et des stratégies à long terme visant à améliorer les résultats pour les enfants du Manitoba;
- coordonner et intégrer les politiques, les programmes et les services dans l'ensemble du gouvernement pour les enfants, les jeunes et les familles utilisant les interventions précoces et les modèles de santé de la population;
- mettre davantage à contribution les familles, les quartiers et les collectivités pour la prévention et les services de développement de la petite enfance grâce à la mise en valeur de la collectivité;
- faciliter l'élaboration de politiques publiques axées sur l'enfant et l'échange du savoir entre les ministères et les secteurs au moyen d'évaluations et de recherches sur les principaux déterminants et résultats liés au bien être des enfants[13].

Ce qu'il y a d'intéressant à propos des quatre déterminants ci-dessus, et qui est en même temps frustrant du point de vue de la santé publique, c'est le peu d'influence que peuvent exercer toutes les parties œuvrant dans le système de soins de santé. Les médecins ne peuvent pas changer grand-chose dans l'emploi et les conditions de travail. Les administrateurs d'hôpitaux n'ont quant à eux aucune influence sur la qualité de l'éducation des gens. Par ailleurs, la médecin hygiéniste en chef connaît très bien quels effets désastreux un faible revenu peut avoir sur la santé, mais il ou elle ne peut rien y faire. Il y a un seul déterminant sur lequel le système de soins de santé pourrait agir – en mettant en œuvre des mesures globales de prévention pour la petite enfance – mais il n'a pas les buts, objectifs et indicateurs bien définis qui seraient nécessaires et, surtout, il ne peut compter sur l'intégration et la collaboration qui permettraient d'agir efficacement.

Les Nations Unies ont présenté ce dilemme d'une manière différente lorsqu'elles ont établi les priorités pour une réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles. Cette réunion avait pour objectif officiel d'amener les pays à se mobiliser pour agir à l'échelle nationale et mondiale afin d'empêcher et de régler les effets sur la santé et la conjoncture socioéconomique des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète et des maladies respiratoires chroniques grâce à une approche multisectorielle[14].

La nécessité d'adopter une approche multisectorielle apparaît incontournable à la lumière des quatre principaux facteurs de risque identifiés par les Nations Unies pour ces maladies, soit une mauvaise alimentation, une consommation d'alcool excessive, le tabagisme et le manque d'exercice physique[2]. On comprend aisément que la capacité d'agir sur ces facteurs de risque dépasse de beaucoup le champ d'action du système de soins de santé actuel.

La menace imminente des maladies chroniques

Si la réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles est un événement marquant, c'est aussi parce qu'elle traduit les inquiétudes qui vont en augmentant dans le monde entier à l'égard des maladies chroniques non transmissibles. On sait que les maladies infectieuses étaient autrefois les principales causes de décès et d'invalidité, mais aujourd'hui, ce sont les maladies chroniques non transmissibles qui sont au premier rang. Elles sont en effet à l'origine de 59 pour cent des 57 millions de décès par année dans le monde entier et elles représentent 46 pour cent du fardeau mondial des maladies[15].

L'Ontario ne fait pas exception. Les maladies cardiaques sont la première cause de décès dans la province et elles sont suivies du cancer, des accidents vasculaires cérébraux et des maladies pulmonaires obstructives chroniques[15]. Les maladies chroniques sont particulièrement insidieuses puisqu'elles mènent souvent à d'autres problèmes chroniques. En 2003, 70 pour cent des gens de l'Ontario de plus de 45 ans ayant une maladie chronique avaient aussi d'autres problèmes de santé[15].

Fait

En Ontario, 32 pour cent des personnes qui ont un infarctus, 30 pour cent des personnes qui ont un accident vasculaire cérébral et 70 pour cent de celles qui ont une amputation ont déjà le diabète[15].

Les systèmes de soins de santé modernes sont très efficaces dans le traitement des maladies chroniques, mais la prévention demeure un problème de taille. Pour les fournisseurs de soins de santé, la situation est très frustrante puisqu'un très grand nombre de personnes auraient pu éviter d'être malades. Il suffit de penser aux quatre facteurs de risque désignés à la réunion de haut niveau des Nations Unies. Imaginons un monde sans tabac où 90 pour cent des décès liés au cancer du poumon seraient éliminés, de même que 30 pour cent des autres cancers[15]. Une bonne alimentation, de l'exercice physique régulier et l'abandon du tabac peuvent permettre de prévenir 90 pour cent des cas de diabète de type 2 et 80 pour cent des cas d'insuffisance coronaire[15].

Action Cancer Ontario s'est récemment penché sur ce que l'organisme appelle les facteurs de risque modifiables pour le cancer en Ontario, soit les comportements et les caractéristiques physiques qui peuvent faire augmenter ou diminuer les risques qu'a une personne d'avoir le cancer, et la mesure dans laquelle les gens de l'Ontario ont fait des changements relatifs à ces facteurs dans les dernières années. Les facteurs en question, qui étaient très semblables à ceux établis par l'ONU, étaient le tabagisme, l'obésité, le manque d'exercice physique, la faible consommation de fruits et légumes et une consommation d'alcool suffisante pour faire augmenter les risques de cancer[16].

Les résultats ne sont pas rassurants pour les personnes qui pensent qu'il suffit d'expliquer aux gens que quelque chose n'est pas bon pour eux pour qu'ils modifient leurs habitudes.

- Le niveau d'exercice physique et la consommation de fruits et légumes ont augmenté par rapport à 2000-2001 mais diminué comparativement à 2005[16].
- Dans l'ensemble, le tabagisme est demeuré relativement stable depuis 2005[16].
- Les taux d'obésité sont passés de 16 pour cent en 2000-2001 à 17 pour cent en 2007-2008[16].
- Les taux de consommation d'alcool suffisants pour faire augmenter les risques de cancer sont passés de 17 pour cent en 2000-2001 à 20 pour cent en 2007-2008[16].

On se voit dans l'obligation de conclure que, si les maladies chroniques peuvent être prévenues, nous n'en faisons pas encore assez pour influencer les facteurs de risque à leur origine. Pour y arriver, il faut dépasser le simple cadre du système de soins de santé pour adopter une approche beaucoup plus large en matière de politiques publiques et miser sur l'élaboration de politiques publiques *favorables à la santé*.

Comment agir sur les facteurs de risque – l'exemple de la Colombie-Britannique

ActNow BC est la stratégie gouvernementale de promotion de la santé dans la province qui apporte du soutien aux écoles, aux employeurs, aux municipalités et aux collectivités pour leur permettre d'élaborer et de promouvoir des programmes destinés à aider les gens de la Colombie-Britannique à atteindre certains objectifs précis, qui sont les suivants :

- faire augmenter d'au moins 20 pour cent le pourcentage de membres de la population de la province qui font de l'exercice physique;
- accroître de 20 pour cent la proportion d'adultes de la province qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes par jour;
- réduire de 20 pour cent la proportion d'adultes de la Colombie-Britannique qui ont un excès de poids ou sont obèses;
- faire diminuer le tabagisme de 10 pour cent;
- augmenter de 50 pour cent les femmes qui reçoivent de l'information sur les dangers de la consommation d'alcool et de l'usage du tabac durant la grossesse.

Le gouvernement est déterminé à surveiller et à communiquer régulièrement les progrès réalisés dans la province par rapport à ses objectifs en matière d'exercice physique, de saine alimentation, de bonnes habitudes de vie durant la grossesse et de non-tabagisme[17].

Qu'est-ce que des politiques publiques favorables à la santé ?

« [I]l est plus facile d'atteindre les objectifs gouvernementaux lorsque tous les secteurs tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément-clé de l'élaboration des politiques. Ceci est dû au fait que les déterminants de la santé et du bien-être sont extérieurs au secteur de la santé [...] Bien que de nombreux secteurs contribuent déjà à améliorer la santé, il existe encore d'importantes lacunes[18]*. »*

Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques

Les politiques publiques favorables à la santé ont deux objectifs globaux qui sont étroitement liés : la prévention des maladies et des blessures et la réduction des inégalités en matière de santé. Il y a plusieurs hypothèses de base qui doivent être au cœur de toutes les politiques publiques favorables à la santé. En 2010, la Robert Wood Johnson Foundation a publié un rapport intitulé *A New Way To Talk About The Social Determinants Of Health*[19], dont on s'est inspiré pour définir les hypothèses de base ci-dessous.

- On peut agir sur la santé bien avant l'apparition de maladies, tant à la maison et à l'école qu'au travail.
- Chaque personne doit avoir la possibilité de faire des choix augmentant ses chances de vivre en santé pendant longtemps, peu importe le revenu, l'éducation ou le groupe ethnique.
- Le travail d'une personne et son quartier ne doivent pas comporter de dangers pour sa santé.
- Il existe des occasions d'améliorer la santé bien avant d'avoir besoin de soins médicaux.
- La santé a un lien avec l'endroit où on vit, où on étudie et où on joue.
- Ce sont les familles, les quartiers, les écoles et les milieux de travail qui influencent le plus la santé.

La santé dans toutes les politiques est une autre façon de désigner les politiques publiques favorables à la santé. L'Organisation mondiale de la santé a tenu une réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques à Adelaïde en 2010. Il en a résulté un rapport intitulé *La déclaration d'Adélaïde: Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être.*

Cette déclaration fait valoir qu'une « action gouvernementale concertée » avec la société civile et le secteur privé est impérative. Elle propose les stratégies ou moteurs qui suivent pour intégrer la santé dans toutes les politiques :

- créer des alliances et des partenariats solides qui tiennent compte des intérêts mutuels et ont des objectifs communs;
- favoriser l'engagement de l'ensemble du gouvernement en associant le chef de gouvernement, le conseil des ministres ou le parlement ainsi que les responsables de l'administration;
- mettre en place des processus solides d'élaboration des politiques de haut niveau;
- clarifier les responsabilités dans les stratégies, les buts et les objectifs d'ensemble du gouvernement;
- assurer une prise de décision concertée et un devoir de rendre des comptes partagé pour les résultats obtenus;
- favoriser l'ouverture et des processus consultatifs qui encouragent le soutien par les différentes parties prenantes et la sensibilisation de celles-ci;
- encourager l'expérimentation et l'innovation afin de trouver de nouveaux modèles qui intègrent les buts sociaux, économiques et environnementaux;
- mettre en commun les ressources intellectuelles, intégrer les recherches et mettre en commun les connaissances issues de la pratique;
- prévoir des mécanismes de rétroaction de sorte que les progrès puissent être évalués et suivis au plus haut niveau[20].

Prise en compte de la santé dans toutes les politiques

On s'entend généralement pour dire que toute démarche sérieuse d'intégration de la santé dans toutes les politiques exige que les décideurs prennent, en quelque sorte, la responsabilité des effets que produisent leurs politiques sur la santé des gens. Autrement dit, les personnes qui établissent des politiques ont aussi l'obligation de connaître leurs effets sur la santé, qu'ils soient positifs, négatifs ou parfaitement neutres. L'important est d'être au courant.

Un bon exemple serait les politiques en matière de transport. Les accidents de la route et la pollution de l'air ont une incidence considérable sur la santé publique. Il est donc impératif de savoir exactement comment les programmes visant à améliorer le transport influencent la santé, que ce soit de façon positive ou négative.

Les études d'impact sur la santé sont l'un des moyens utilisés à de nombreux endroits pour tenir compte de la santé. Ces études permettent d'évaluer les effets potentiels sur la santé de la population de n'importe quel programme, projet ou politique à l'aide de mesures quantitatives ou qualitatives ou de techniques participatives. Il faudrait prêter une attention particulière aux groupes vulnérables ou désavantagés. À l'issue de l'étude, des recommandations sont formulées à l'intention des décideurs et des intéressés de manière à maximiser les effets positifs et à réduire au minimum les effets négatifs sur la santé.

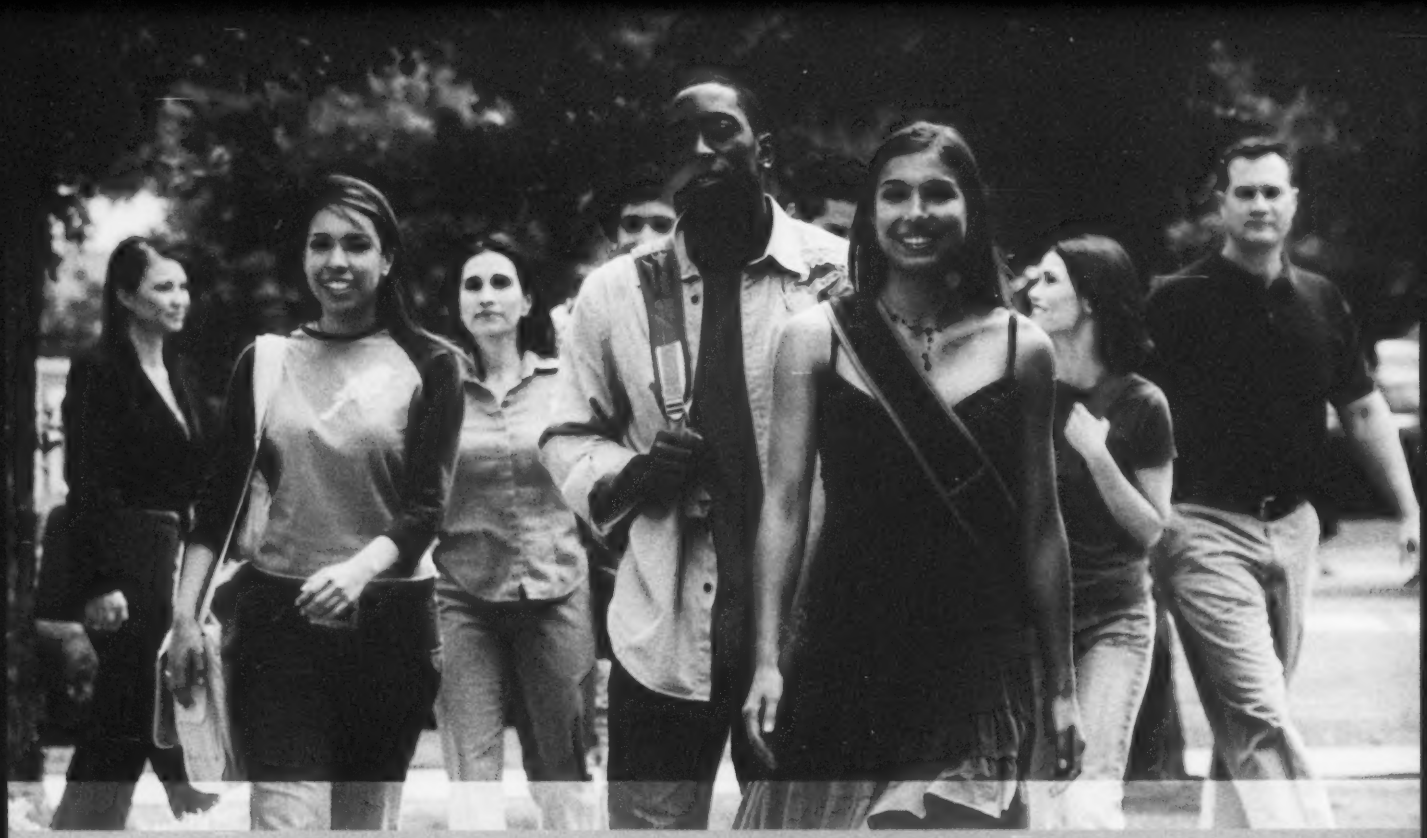
Prise en compte de la santé – les études d'impact sur la santé au Québec

Le Québec a institutionnalisé les études d'impact sur la santé en les rendant obligatoires en vertu de la *Loi sur la santé publique* de la province. Cette loi attribue deux responsabilités primordiales au ministre de la Santé et des Services sociaux :

« [...] conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population[21]. »

Cela signifie dans les faits que tout ministère ou organisme gouvernemental qui présente un projet de loi ou de règlement a l'obligation d'évaluer les effets potentiels sur la santé des Québécois et Québécoises.



Politiques publiques favorables à la santé qui existent déjà en Ontario

Ontario sans fumée

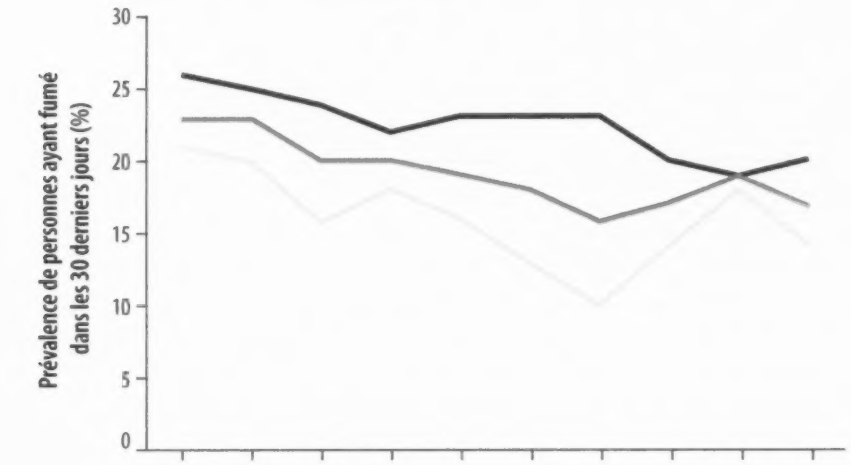
De nos jours, en Ontario, il existe plusieurs excellents exemples de programmes ou d'initiatives misant sur la collaboration entre les ministères et avec les municipalités et les collectivités qui fonctionnent bien pour améliorer la santé des gens de l'Ontario. Le plus connu est Ontario sans fumée.

Fait

L'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario estime que, pour chaque dollar investi dans la lutte contre le tabagisme, le gouvernement économise trois dollars en soins de santé[22].

Ce programme révolutionnaire de lutte contre le tabagisme a été lancé en 2005. Avec ce programme inspiré de règlements municipaux des plus innovateurs, l'Ontario est devenu du jour au lendemain un leader mondial de la lutte contre le tabagisme. C'est grâce à la *Loi favorisant un environnement sans fumée* qu'il est désormais interdit de fumer dans tous les milieux de travail intérieurs et les lieux publics fermés. Les commerces ne sont plus autorisés à placer des cigarettes sur les étalages à la vue des enfants. Le taux de tabagisme chez les jeunes a diminué et, entre 2005 et 2009, plus de 1 250 000 fumeurs ont reçu l'aide du programme Ontario sans fumée et d'autres initiatives encourageant l'abandon du tabagisme[23].

Figure 2 : Fumeurs actuels (ayant fumé dans les 30 derniers jours) de 18 ans et plus, selon le sexe, Ontario, de 1999 à 2008



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Hommes	26	25	24	22	23	23	23	20	19	20
Tous les adultes	23	23	20	20	19	18	16	17	19	17
Femmes	21	20	16	18	16	13	10	14	18	14

ONTARIO TOBACCO RESEARCH UNIT. *Indicators of Smoke-Free Ontario Progress*, Monitoring and Evaluation Series, 2010, Vol. 14/15, No. 2, p. 1-38. Figure 12, Current Smoking (Past 30 Days), by Sex, Ages 18+, Ontario, 1999 to 2008, %, p. 13.

Les résultats obtenus sont le fruit de vastes consultations et d'une grande collaboration entre plusieurs ministères de l'Ontario, des municipalités, des leaders des collectivités et le secteur du commerce de détail. Même si la loi a été le principal instrument utilisé, ce sont la plus grande sensibilisation de la population et un profond engagement qui ont permis d'ouvrir la voie. Il ne faut toutefois pas oublier qu'il reste plus de deux millions de personnes, dont de nombreux jeunes, qui fument encore en Ontario et qu'il reste donc encore beaucoup à faire.

Des réussites dans le secteur de la sécurité routière en Ontario

L'une des grandes réalisations de l'Ontario en matière de politiques publiques favorables à la santé est notre excellent rendement dans le secteur de la sécurité routière. Depuis une dizaine d'années, l'Ontario a réalisé, par l'intermédiaire du ministère des Transports et de divers partenaires et intéressés, un ambitieux programme de sécurité routière. Les mesures qui ont été prises comprennent notamment ce qui suit :

- les antidémarreurs pour les personnes reconnues coupables de conduite en état d'ivresse (2001);
- les sièges d'appoint obligatoires (2005);
- une ceinture par personne (2006);

- la législation sur les courses de rue (2007);
- les limiteurs de vitesse pour les gros camions (2009);
- l'interdiction d'utiliser des appareils portatifs au volant (2009);
- l'augmentation des amendes pour les infractions au *Code de la route* (2010);
- l'imposition de sanctions plus sévères en cas d'infraction pour non-respect des conditions de délivrance graduelle des permis de conduire (2010);
- l'amélioration continue des infrastructures (p. ex. bandes rugueuses et asphaltage des accotements);
- les démarches continues pour améliorer les délais des interventions d'urgence.

Les résultats ont été spectaculaires et ils illustrent de façon inspirante à quel point des intervenants en dehors du système de soins de santé peuvent contribuer à améliorer la santé. Même si le nombre de titulaires de permis de conduire en Ontario a augmenté de 135 pour cent depuis 35 ans, le nombre de décès dans les accidents de la route a diminué constamment, en passant de 1 959 en 1973 à 631 en 2008. Toujours en 2008, l'Ontario avait le plus faible taux de décès dans des accidents de la route de toute l'Amérique du Nord, et c'était la dixième année de suite que la province obtenait le meilleur taux ou se classait au deuxième rang[24].

Figure 3 : Taux de décès en Ontario par tranche de 10 000 titulaires de permis de conduire

Source : Adaptation du *Rapport annuel sur la sécurité routière en Ontario 2008* du ministère des Transports, Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2008.

Évidemment, il faut se rappeler qu'il reste encore beaucoup à faire. Les collisions de la route demeurent l'une des premières causes de décès et de blessures dans la province. En Ontario, une collision se produit toutes les 2,3 minutes, une personne est blessée toutes les 8,4 minutes et une personne est tuée toutes les 14 heures. Les politiques sur le transport en Ontario doivent continuer d'être favorables à la santé pour que nous puissions encore améliorer les choses[24].

Stratégie ontarienne de réduction de la pauvreté

Si Ontario sans fumée est un excellent exemple de programme multisectoriel visant directement à atteindre un objectif en matière de santé, il y a aussi dans la province d'autres exemples évidents de politiques favorables à la santé, c'est à-dire des programmes pour lesquels l'amélioration de la santé n'est pas le principal objectif mais qui ont été élaborés avec le souci constant de contribuer à améliorer la santé. La Stratégie ontarienne de réduction de la pauvreté l'illustre bien.

Avec son slogan *Rompre le cycle* lancé en 2008, la Stratégie vise à réduire le nombre d'enfants vivant dans la pauvreté de 25 pour cent d'ici cinq ans, pour ainsi sortir 90 000 enfants de la pauvreté[25]. La Stratégie comprend des investissements considérables, notamment dans la Prestation ontarienne pour enfants, le Programme de bonne nutrition des élèves, la Stratégie Perspectives Jeunesse, les démarches visant à améliorer l'éducation et les programmes d'activités parascolaires, les programmes de formation et de mentorat et tout un éventail de mesures de soutien communautaire.

Tous ces investissements permettront de sortir des enfants de la pauvreté, ce qui aura d'énormes effets sur leurs chances de vivre en bonne santé pendant longtemps. Même si le but premier n'était pas d'améliorer les résultats dans le domaine de la santé, on était conscient qu'un bon départ dans la vie peut aider à avoir une meilleure vie et à briser le cycle de la pauvreté de génération en génération.

C'est le gouvernement de l'Ontario qui a lancé la Stratégie, sous la direction du ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse, avec le soutien de partenaires au ministère de l'Éducation, au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, au ministère de la Formation et des Collèges et Universités, au ministère des Services sociaux et communautaires, au ministère de la Promotion de la santé et du sport, au ministère des Affaires municipales et du Logement et au ministère des Finances et parmi les leaders et autres parties intéressées de la collectivité. Le bon travail commencé doit se poursuivre, pour rendre le groupe ciblé, soit les enfants et leur famille, plus heureux et en meilleure santé.

Autres programmes de l'Ontario

Place à la croissance

L'initiative ontarienne Place à la croissance a été lancée en 2004. Elle s'appuie sur une loi qui autorise la province à déterminer les secteurs à développer et à élaborer des plans de croissance stratégique pour les collectivités en mettant à contribution les dirigeants locaux, les intéressés, la population et d'autres groupes publics. Le but est de créer des collectivités dynamiques et bien aménagées entourées d'espaces verts et dotées de commodités, comme des hôpitaux et des écoles modernes. L'un des principaux objectifs consiste à promouvoir le transport actif et le transport en commun pour réduire la circulation, le smog et le stress, de manière à créer un environnement sain, c'est à-dire un bon endroit où élever des enfants en santé. Le plan de croissance pour la région élargie du Golden Horseshoe lancé en 2006 donne déjà des résultats[26]. Pour avoir plus de détails, rendez-vous au http://www.placealacroissance.ca.

Développement de la petite enfance

En juin 2009, le Dr Charles Pascal publiait le rapport intitulé *Dans l'optique de notre meilleur avenir: Mise en œuvre de l'apprentissage des jeunes enfants en Ontario*[27]. Le Dr Pascal a proposé une vision audacieuse de l'apprentissage et des soins durant la petite enfance. Il recommandait notamment l'enseignement à temps plein pour la maternelle et le jardin d'enfants en Ontario de même qu'une approche globale de soins intégrés aux enfants, un curriculum commun pour l'apprentissage des jeunes enfants, un accès amélioré et rationalisé à un vaste éventail de services pour les femmes durant la période prénatale, les jeunes enfants et les familles et l'adoption de politiques publiques soutenant la famille.

Pour donner suite à ce rapport, l'Ontario est allé de l'avant avec la maternelle et le jardin d'enfants à temps plein. D'ailleurs, la moitié des élèves de la maternelle et du jardin d'enfants dans la province suivront un programme à temps plein pour l'année scolaire 2012 2013. De plus, le Dr Pascal a conseillé le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse sur des plans d'intégration des services pour les enfants et les familles au moyen des centres Meilleur départ pour l'enfance et la famille de l'Ontario. Un nouveau rapport mis à jour et rendu public en juin 2011 contenait une vision pratique et des principes directeurs pour les centres Meilleur départ qui avaient été définis à partir d'un processus de consultation auprès des parents et des autres intéressés.

Par ailleurs, l'Ontario a lancé une stratégie globale sur la santé mentale et les dépendances qui reconnaît le lien capital qui existe entre la santé mentale et le développement de la petite enfance[28]. Cette stratégie vient en aide aux enfants sur trois plans : l'accès rapide à des services de grande qualité, la détection et l'intervention à un stade précoce et l'aide aux enfants vulnérables ayant des besoins spéciaux. Les enfants de l'Ontario et leur famille auront dorénavant accès plus rapidement et plus facilement au soutien dont ils ont besoin en santé mentale.

Bureau de la diversité de la fonction publique de l'Ontario

L'Ontario est l'un des endroits du monde où il existe la plus grande diversité, et cette diversité représente l'un des meilleurs atouts de la province. En collaborant avec les principaux intéressés, le Bureau de la diversité dirige la transformation qui s'opère dans la fonction publique de l'Ontario pour en faire une organisation plus diversifiée, plus accessible et plus inclusive bien adaptée à l'évolution démographique rapide observée en Ontario.

Environ 15,5 pour cent des membres de la population de l'Ontario, soit 1 850 000 personnes, sont handicapés. Les chercheurs s'attendent à ce que cette proportion atteigne 20 pour cent d'ici vingt ans[29].

Par ailleurs, le pourcentage de personnes âgées devrait passer à 17,2 pour cent d'ici 2021[30], tandis que les minorités visibles représenteront probablement près de 29 pour cent de la population de l'Ontario d'ici 2017[31].

Même si les effets de la diversité sur la santé ne sont pas aussi évidents que ceux de la réduction de la pauvreté, c'est néanmoins un aspect important des politiques favorables à la santé, puisqu'il n'est pas nécessaire que les effets sur la santé soient énormes pour qu'ils en vaillent la peine. Dans le cas de la diversité, si les employés se sentent bien intégrés, ils sont presque à coup sûr moins stressés et, par le fait même, moins vulnérables à certains problèmes de santé[32].

Politiques publiques favorables à la santé dans les municipalités de l'Ontario

Comme le rapport le fait ressortir clairement du début à la fin, l'un des plus grands principes à la base des politiques publiques favorables à la santé, c'est qu'elles englobent tous les niveaux de gouvernement et tous les secteurs. Plusieurs municipalités de l'Ontario ont manifestement ce principe très à cœur, comme le montrent bien les exemples suivants.

Partenariat communautaire pour la sécurité alimentaire à Peterborough

On parle d'insécurité alimentaire quand l'accès à des aliments sains et nutritifs ou la capacité d'obtenir des aliments semblables d'une manière socialement acceptable est limité ou incertain[33]. En septembre 2006, le Bureau de santé de Peterborough a lancé son projet de partenariat communautaire pour la sécurité alimentaire afin de s'attaquer au problème de l'insécurité alimentaire. L'objectif du projet est de réunir des membres de la collectivité et des organisations de manière à élaborer un système coordonné et innovateur de programmes de sécurité alimentaire devant permettre aux personnes à faible revenu de la région d'accéder à des aliments abordables et nutritifs. Les partenaires de la collectivité collaborent avec le bureau de santé pour réaliser ces programmes, et le partenariat s'est maintenant étendu à un vaste réseau de sécurité alimentaire composé de plus de quarante organismes, partenaires et intéressés qui s'attaquent au problème de l'insécurité alimentaire pour contribuer aux démarches de réduction de la pauvreté à Peterborough[34]. Pour en savoir plus long à ce sujet, rendez-vous au www.pcchu.ca/food (en anglais seulement).

Fait

À Peterborough, l'insécurité alimentaire touche 7,3 pour cent de la population, et elle est jugée sévère dans 2,4 pour cent des cas[35].

Réseau pour les enfants à Halton

Il est indéniable que les expériences vécues par un enfant dès le début de sa vie, que ce soit durant la période prénatale ou dans les premières années suivant sa naissance, ont une influence tout à fait déterminante sur sa santé dans l'avenir. Voilà pourquoi le réseau pour les enfants a été créé à Halton en 1996. Le but premier était de faire de la sensibilisation sur les premières années de la vie des enfants et de fournir du soutien et des soins aux enfants et aux familles de la période prénatale à l'âge de six ans. L'initiative a depuis était étendue, de manière à englober tous les enfants jusqu'à 18 ans. Plus de 90 personnes faisant partie de groupes et d'organismes communautaires travaillent ensemble pour veiller à fournir aux enfants et aux jeunes de Halton l'aide dont ils ont besoin pour bien réussir à l'école et dans la vie. Pour accéder à plus de renseignements sur le réseau, rendez-vous au www.OurKidsNetwork.ca. (en anglais seulement)

Politique et lignes directrices sur l'aménagement de lieux ombragés à Toronto

Le cancer de la peau résultant d'une exposition excessive aux rayons ultraviolets est le cancer le plus courant en Ontario. Il représente d'ailleurs un tiers de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués. Un moyen efficace de le prévenir est de réduire l'exposition totale aux rayons du soleil. Il y a deux choses qu'on peut faire à l'aide des politiques publiques pour limiter l'exposition. Premièrement, on peut sensibiliser la population aux dangers de l'exposition aux rayons ultraviolets en faisant connaître les mesures à prendre pour se protéger et on peut aussi aménager plus de lieux ombragés. En 2007, le Conseil de santé de Toronto a approuvé la politique sur l'aménagement de lieux ombragés à Toronto[36]. Il s'agit de la première politique du genre en Amérique du Nord. Elle exige que des zones de dimensions suffisantes à l'ombre de structures naturelles ou artificielles soient prévues dans les plans de construction pour toutes les nouvelles installations municipales et celles remises à neuf, surtout dans les cas où des enfants seront sur les lieux. Les lignes directrices sur l'aménagement de lieux ombragés ont été établies en 2010 pour aider les organismes, les conseils, les commissions et les divisions de la ville de Toronto à appliquer la politique (www.toronto.ca/health/resources/tcpc/shade_guidelines.htm) (en anglais seulement). Un plan d'évaluation qui servira à mesurer l'application et les résultats de la politique est en train d'être élaboré.

Vidéo du Service de santé publique de Sudbury et du district

Le dernier exemple est quelque peu différent puisqu'il ne concerne pas un programme en particulier mais fait plutôt ressortir à quel point des politiques publiques favorables à la santé sont essentielles. En fait, cette vidéo, produite par le Service de santé publique de Sudbury et du district, a été la source d'inspiration pour le titre du présent rapport. Cette vidéo s'intitule *Engageons une conversation sur la santé... sans jamais parler de soins de santé* et on peut y accéder au http://www.sdhu.com/content/healthy_living/doc.asp?folder=3225&parent=3225&lang=0&doc=11749#video. Elle est aussi une source d'inspiration sur bien d'autres plans.

La vidéo se veut un outil qui vise à amener les gens et les organismes de tous les secteurs à réfléchir aux moyens d'améliorer la santé dans les collectivités. Elle communique cinq messages clés qu'il faut bien comprendre pour avoir des conversations sur la santé qui serviront à véritablement améliorer la santé des gens de l'Ontario[37]. Ces messages sont les suivants :

- La santé s'améliore à chaque échelon de la société et du revenu.
- Chaque personne a des possibilités différentes en matière de santé, qui sont largement influencées par sa situation sociale et économique.
- Les conditions sociales et économiques résultent des gestes que nous posons tous. Individuellement et collectivement, nous POUVONS prendre des décisions et faire des choix qui sont bons pour notre collectivité et bons pour notre santé.
- Les soins de santé ne peuvent pas régler tous nos problèmes de santé.

= NOUS AVONS TOUS UN RÔLE À JOUER.

Conclusion

[Traduction]
« Il faut s'occuper des systèmes de santé, des médicaments essentiels, de la lutte contre le tabac, de l'égalité des sexes, des services de laboratoire, de la formation en soins infirmiers, du perfectionnement des ressources humaines, de la nutrition, de la planification urbaine et de la santé dans les villes... Nous nous sommes mis nous-mêmes dans ce pétrin, et nous devrons tous mettre l'épaule à la roue pour nous en sortir[38]*. »*

D[re] Mirta Roses
Directrice de l'Organisation panaméricaine de la santé

Il est temps d'avoir une nouvelle sorte de conversation sur la santé dans la province et, comme le fait ressortir la vidéo du Service de santé publique de Sudbury et du district, ce n'est pas tellement aux soins de santé qu'il faut s'attarder. Il faut mettre à contribution tous les ministères, tous les intervenants gouvernementaux, tous les leaders des collectivités et tous les gens de l'Ontario. Pour entamer cette conversation, toutes les parties doivent convenir clairement que les facteurs qui influencent la santé et les moyens que nous pouvons prendre pour améliorer la santé sont pour la plupart en dehors du champ traditionnel des secteurs des soins de santé et de promotion de la santé.

Quand je dis qu'il faut parler de la santé et non pas des soins de santé, je n'entends pas par là qu'il faut réduire la qualité des soins de santé que les gens de l'Ontario sont fiers et chanceux d'avoir. Je veux plutôt dire que le système de soins de santé de classe mondiale que nous avons en Ontario ne doit pas supporter à lui seul le fardeau d'améliorer la santé de la population dans son ensemble. On peut influencer notre santé de façon positive bien avant la première consultation chez le médecin. La santé commence durant l'enfance, à la maison, à l'école, au travail et dans la collectivité. Le système de soins de santé existe pour venir en aide aux gens à partir du moment où ils sont malades ou blessés. Le but de notre conversation doit être de donner aux gens de l'Ontario une longueur d'avance en matière de santé, pour prévenir les maladies et les blessures avant qu'elles ne se produisent.

L'Opération Protection de la santé a été lancée en 2004, après la pandémie de SRAS, afin de revoir un système public de soins de santé qui avait grand besoin de changements[39]. À mon avis, l'exercice s'est avéré un véritable succès. Avec cette initiative, la lutte contre les maladies infectieuses s'est grandement améliorée dans la province, tout comme la gestion des situations d'urgence dans le secteur de la santé. Les laboratoires de santé publique de l'Ontario sont en train d'être modernisés et renforcés, et l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, maintenant appelée Santé publique Ontario, qui a été créée dans le cadre d'Opération Protection de la santé, établit le lien entre les professionnels de la santé publique, les intervenants de première ligne dans le secteur de la santé et les chercheurs pour recueillir les meilleures données et connaissances scientifiques de partout dans le monde. Je ne veux pas dire pour autant que l'Opération Protection de la santé n'a plus sa

raison d'être. Il faut en effet éviter de relâcher nos efforts pour la protection de la santé des gens de l'Ontario, et mes propos en matière d'amélioration de la prévention ne doivent nullement être interprétés comme si je prétendais le contraire. Par contre, je souhaite que prenne vie dans notre province une nouvelle initiative qui aura autant de succès qu'Opération Protection de la santé et qui sera axée sur la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques et des blessures.

Il y a 60 pour cent des gens de l'Ontario qui sont obèses ou ont un excès de poids[40]. Beaucoup d'entre eux auront en conséquence des problèmes de santé. Les blessures sont la première cause de décès chez les gens de l'Ontario de moins de 45 ans[41]. Chaque année, on compte 13 000 fumeurs et fumeuses qui décèdent en Ontario, soit un toutes les 40 minutes[42]. Or, la plupart de ces décès seraient évitables.

Comme on l'a déjà indiqué dans le rapport, la plupart des maladies chroniques pourraient être évitées grâce à une meilleure alimentation, à plus d'exercice physique et à une diminution de la consommation d'alcool et du tabagisme. Le cancer, les maladies cardiaques, le diabète et les problèmes de santé mentale représentent un fardeau beaucoup plus grand qu'ils ne le devraient. Les faits sont pourtant là. Et notre système de soins de santé, ainsi que notre système de santé publique, que je suis extrêmement fière de superviser, ne peut pas y changer grand-chose.

Qu'on appelle la démarche Opération Santé Ontario, Opération Promotion de la santé ou Opération Prévention ou qu'on lui donne un tout autre nom, nous devons revoir notre façon d'influencer la vie des gens de l'Ontario. Nous devons les encourager et les aider à consommer plus de fruits et de légumes, à boire moins d'alcool et à éviter de fumer. Nous devons leur fournir des routes et des lieux de travail plus sécuritaires et les aider à changer les habitudes de vie qui leur font du tort.

Dans le présent rapport, j'ai parlé d'une série d'initiatives réalisées ici même en Ontario et dans l'ensemble du Canada qui prouvent qu'il y a des moyens d'accomplir cela. On peut y arriver. Cela se fait déjà régulièrement et avec beaucoup de succès. Les gouvernements et leurs partenaires font un excellent travail. Ils mettent en œuvre des politiques publiques favorables à la santé, mais ces politiques ne sont pas identifiées de cette façon et elles ne s'inscrivent dans aucun plan global.

Il n'y a pas un seul médecin qui nierait que la consommation de fruits et de légumes est un excellent moyen d'améliorer la santé des enfants, mais peu de médecins peuvent y changer quelque chose. De même, la ministre de la Santé ou la médecin hygiéniste en chef aura beau clairement insister sur le fait que la pauvreté nuit à la santé de la population, ce problème ne relève pas de sa responsabilité ni de son champ d'influence. Ce qu'il nous faut en Ontario et au Canada, c'est un plan global qui nous permette de franchir le pont entre ce qui doit de toute évidence être fait et notre capacité de le faire.

Vous trouverez ci-dessous quelques suggestions qui peuvent servir de point de départ en Ontario.

Prise en compte de la santé – Nous devons commencer à tenir compte des effets sur la santé de tous les programmes et toutes les politiques de la province, que ce soit à l'échelle provinciale, régionale ou municipale, de manière à être bien au courant des bienfaits pour la santé ou des effets négatifs potentiels de tout ce que nous faisons. Qu'il s'agisse d'une variante des études d'impact sur la santé qui sont employées avec succès ailleurs, notamment au Québec, ou d'un modèle spécialement conçu en Ontario, on a grand besoin d'une solution.

Buts et objectifs – Il faut bien mesurer les choses pour être efficace. Nous devons avoir des buts et des objectifs clairs pour chaque effet positif sur la santé que nous voulons avoir et chaque problème de santé que nous voulons prévenir. Le programme ActNow BC, dont on a déjà parlé, est un bon exemple de cette façon de faire.

Indicateurs de santé – Les indicateurs de santé sont des critères de mesure de la santé et des facteurs qui influencent la santé. Ils vont des taux de mortalité infantile à la consommation de fruits et légumes, en passant par le nombre de blessures et d'admissions dans les hôpitaux. Nous devons dresser une liste complète de ces indicateurs qui, s'ils sont bien utilisés, nous permettront de tracer un portrait de notre état de santé, des endroits où les facteurs géographiques, le sexe, la culture et la situation économique sont à l'origine d'inégalités dans la province et des moyens que nous pourrions prendre pour corriger ces inégalités.

Collaboration accrue – La clé de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé est le développement de relations facilitant la collaboration entre les gouvernements, les différents secteurs et les collectivités. Nous devons éliminer les obstacles structuraux qui nuisent à la collaboration dans la province. Ils résultent d'un mauvais alignement des limites entre le secteur municipal, le secteur de la santé, l'éducation, les services sociaux, l'environnement et le transport, soit les principaux secteurs et les principaux ministères qui ont besoin de collaborer pour améliorer la santé. Des territoires administratifs régionaux communs faciliteraient grandement la collaboration nécessaire pour agir sur les facteurs de risque associés aux maladies chroniques et aux blessures et faciliteraient le développement de relations, de partenariats efficaces, synergiques et durables et la planification régionale, ce qui contribuerait à l'amélioration de la santé dans la province.

Exploitation du plein potentiel de notre système de soins de santé – Il existe une situation semblable dans le secteur de la santé lui-même. Dans le système de soins de santé, on ne fait pas une utilisation optimale des ressources pour assurer la prévention, c'est-à-dire qu'on ne profite pas de toutes les interactions avec les patients pour les renseigner sur les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies. Une plus grande collaboration entre les responsables de la santé publique, des soins primaires et des soins actifs permettrait au système de soins de santé de mieux utiliser ses ressources pour réduire de beaucoup le fardeau et les besoins en matière de soins de santé pour les problèmes de santé chroniques évitables.

Mise en valeur des exemples de succès – Une autre façon de procéder consiste à reconnaître, souligner et récompenser les réalisations en matière de santé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé. Par exemple, les excellents résultats que nous avons obtenus dans la réduction du nombre de décès de la route ne sont pas bien connus, comme les moyens qui ont été pris pour les obtenir d'ailleurs.

J'ai la conviction que nous souhaitons tous que chaque enfant né en Ontario soit dès le départ sur la bonne voie pour rester en santé toute sa vie. Il doit pour cela vivre dans un milieu sain et sécuritaire et être entouré d'amour à l'intérieur d'une collectivité tout aussi saine, sécuritaire et généreuse. Il est également important qu'il soit mis en contact avec le concept de la bonne nutrition et les bienfaits de l'exercice physique régulier dès l'enfance. Il doit fréquenter de bonnes écoles où la diversité est mise en valeur, l'inclusion est soutenue et les jeunes sont dissuadés de faire une consommation excessive d'alcool et de fumer. Il doit apprendre que les études sont à la base de tout. C'est ce qui permet d'obtenir un bon emploi, de travailler dans un milieu de travail sain et d'avoir un bon foyer. Nous pouvons mettre toutes ces conditions en place, pour nous-mêmes et pour nos enfants. Pour tous nos enfants. Voilà pourquoi il faut entamer une nouvelle sorte de conversation sur la santé et mettre au point une stratégie qui nous permettra d'avoir en Ontario la population la plus en santé au monde.

Annexe

Bureaux de santé de l'Ontario comptant des postes de médecin hygiéniste vacants pourvus par des médecins hygiénistes par intérim au 20 octobre 2011

Bureau de santé Chatham-Kent
Bureau de santé d'Elgin St.-Thomas
Bureau de santé de Haldimand-Norfolk
Bureau de santé de Lambton
Municipalité régionale de Niagara
Services de santé publique et services d'urgence du comté d'Oxford
Bureau régional de santé de Perth*
Bureau de santé Porcupine*
Bureau régional de santé de Thunder Bay*
Services de santé du Timiskaming
Total = 10

**On considère aussi comme vacants les postes pourvus par des médecins qualifiés en attente d'une nomination par le conseil de santé et d'une approbation de la ministre.*

Bureau de santé de l'Ontario comptant un poste de médecin hygiéniste adjoint vacant au 20 octobre 2011

Bureau de santé du comté de Windsor-Essex
Total = 1 bureau de santé ayant un poste de médecin hygiéniste adjoint vacant**

**En vertu de l'alinéa 62 (1)*b) *de la* Loi sur la protection et la promotion de la santé, *un conseil de santé peut nommer un ou plusieurs médecins hygiénistes adjoints.*

***Les vacances peuvent représenter plus ou moins d'un ETP par bureau de santé et comprendre des postes pourvus par des médecins qualifiés en attente d'une nomination du conseil de santé et de l'approbation de la ministre.*

Bibliographie

[1] KICKBUSH, I. *Good Planets are Hard to Find*, Copenhagen, Denmark, World Health Organization Regional Office for Europe, 1989, p. 13.

[2] NATIONS UNIES. *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles* (A/66/L.1), [En ligne], Assemblée générale des Nations Unies, 66e session, New York, New York, Nations Unies, 16 septembre 2011. [http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1&referer=/english/&Lang=F].

[3] COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, SOUS-COMITÉ SÉNATORIAL SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS. *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*, [En ligne], Ottawa, Ontario, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2009. [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-f.pdf] (Consulté le 18 octobre 2011).

[4] AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Investir en prévention – la perspective économique : Principales conclusions d'un examen des données récentes*, [En ligne], Ottawa, Ontario, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2009. [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/preveco-fra.pdf].

[5] GOLDSMITH, L.J., B. HUTCHISON, and J. HURLEY. *Economic Evaluation Across the Four Faces of Prevention: A Canadian Perspective*, [En ligne], Hamilton, Ontario, Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, 2004. [http://www.evaluationcanada.ca/distribution/200405_goldsmith_laurie_hutchison_brian_hurley_jeremiah.pdf] (Consulté le 19 octobre 2011).

[6] AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Qu'est-ce qui détermine la santé?*, [En ligne], Ottawa, Ontario, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2010 [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#key_determinants] (Mis à jour le 8 mai 2010, consulté le 19 octobre 2011).

[7] CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Rapports du Conseil national du bien être social : Le sens des sous pour résoudre la pauvreté*, [En ligne], Ottawa, Ontario, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, volume n° 130, 2011. [http://www.ncw.gc.ca/servlet/wlfrpub?lang=fra&curjsp=1.3bd.2t.1.3ls@-fra.jsp&curactn=dwnld&lid=433&fid=3] (Consulté le 18 octobre 2011).

[8] COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. *Pour un avenir en santé: Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, [En ligne], Ottawa, Ontario, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 1999. Niveau de scolarité et alphabétisation, p. 51 54. [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/report-rapport/toward/pdf/toward_a_healthy_french.PDF] (Consulté le 19 octobre 2011).

[9] HERTZMAN, C. "Social Geography of Developmental Health in the Early Years", *Healthcare Quarterly*, Vol. 14, Special Issue, 2010, p. 32-40.

[10] COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, [En ligne], Ottawa, Ontario, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 1999. Sain développement de l'enfant, p. 71-90. [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/report-rapport/toward/pdf/toward_a_healthy_french.PDF] (Consulté le 19 octobre 2011).

[11] MIKKONEN, J., and D. RAPHAEL. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*, [En ligne], Toronto, Ontario, York University, 2010. [http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf].

[12] MANITOBA. *Loi sur la stratégie « Enfants en santé Manitoba », L.M. 2007, c. 7*, [En ligne]. [http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/2007/c00707f.php].

[13] SANTÉ MANITOBA. *Rapport annuel du Bureau d'Enfants en santé Manitoba pour l'exercice 2009-2010*, [En ligne], Winnipeg, Manitoba, gouvernement du Manitoba, 2010. [http://www.gov.mb.ca/finance/pdf/annualrep/2009_10/h_child.pdf] (En anglais seulement au 9 novembre 2011).

[14] NATIONS UNIES. *Portée, modalités, forme et organisation de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles* (65/238), [En ligne], Assemblée générale des Nations Unies, 65e session, New York, New York, Nations Unies, 7 avril 2011. [http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/238&referer=/english/&Lang=F].

[15] MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE. *Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework*, [En ligne], Toronto, Ontario, Queen's Printer for Ontario, 2007. [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/cdpm/pdf/framework_full.pdf] (Consulté le 18 octobre 2011).

[16] CANCER QUALITY COUNCIL OF ONTARIO. *Cancer System Quality Index 2011*, [En ligne], Toronto, Ontario, Cancer Quality Council of Ontario, 2011. [http://www.csqi.on.ca/cms/One.aspx?portalId=89621&pageId=92129] (Consulté le 19 octobre 2011).

[17] PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA. *ActNowBC - Measuring our Success: Progress Report II*, [En ligne], Victoria, BC, 2010. [http://www.actnowbc.ca/media/ActNowBC_Measuring-Our-Success-Progress-Report-II.pdf].

[18] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien être*, [En ligne], Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2010, p. 1. [http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf] (Consulté le 18 octobre 2011).

[19] ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. *A New Way to Talk About the Social Determinants of Health*, [En ligne], Princeton, New Jersey, Robert Wood Johnson Foundation, 2010. [www.rwjf.org/files/research/vpmessageguide20101029.pdf] (Consulté le 18 octobre 2011).

[20] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien être*, [En ligne], Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2010, p. 2. [http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf] (Consulté le 18 octobre 2011).

[21] QUÉBEC. *Loi sur la santé publique, LRQ 2001, chapitre S-2.2*, [En ligne]. [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html].

[22] GROUPE CONSULTATIF DE LA STRATÉGIE ANTITABAC. *Miser sur nos réussites, agir maintenant : Stratégie de lutte antitabac de l'Ontario 2011-2016*, [En ligne], Toronto, Ontario, ministère de la Promotion de la santé et du Sport, 2010. [http://www.mhp.gov.on.ca/fr/smoke-free/TSAG%20ReportFR.pdf] (Consulté le 18 octobre 2011).

[23] MINISTÈRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ. *Document d'information : Créer un Ontario sans fumée*, [En ligne], Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, janvier 2010. [http://www.mhp.gov.on.ca/fr/smoke-free/SFO_Backgrounder_FR.pdf].

[24] MINISTÈRE DES TRANSPORTS. *Rapport annuel sur la sécurité routière en Ontario 2008*, [En ligne], Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2008. [http://www.mto.gov.on.ca/french/safety/orsar/orsar08/orsar-2008-fr.pdf] (Consulté le 18 octobre 2011).

[25] GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO, COMITÉ DU CONSEIL DES MINISTRES POUR LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ. *Rompre le cycle : Stratégie de réduction de la pauvreté de l'Ontario*, [En ligne], Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2008. [http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/documents/breakingthecycle/Poverty_Report_FR.pdf] (Consulté le 18 octobre 2011).

[26] MINISTÈRE DE L'INFRASTRUCTURE. *Initiative Place à la croissance*, Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2011 [https://www.placestogrow.ca/] (Mis à jour le 14 juillet 2011, consulté le 19 octobre 2011).

[27] PASCAL, C. *Dans l'optique de notre meilleur avenir : Mise en œuvre de l'apprentissage des jeunes enfants en Ontario*, Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2009. [http://www.ontario.ca/ontprodconsume/groups/content/@onca/@initiatives/documents/document/ont06_018898.pdf].

[28] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*, Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2011. [http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/mentalf/pdf/open_minds_healthy_minds_fr.pdf].

[29] STATISTIQUE CANADA. *L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : rapport analytique*, [En ligne], Ottawa, Ontario, Statistique Canada, 2006. Tableau 2, Population avec et sans incapacité, et taux d'incapacité selon la province, Canada, provinces et territoires, 2006, p. 17. [http://www.statcan.gc.ca/pub/89-628-x/89-628-x2007002-fra.pdf].

[30] MINISTÈRE DES FINANCES. *Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario, 2010-2036 : L'Ontario et ses 49 divisions de recensement*, [En ligne], Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2011. [http://www.fin.gov.on.ca/fr/economy/demographics/projections/projections2010-2036.pdf].

[31] STATISTIQUE CANADA. *Projections de la population des groupes de minorités visibles, Canada, provinces et régions 2001-2017*, [En ligne], Ottawa, Ontario, Statistique Canada, 2005, p. 23. [http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/Statcan/91-541-X/91-541-XIF2005001.pdf].

[32] MINISTÈRE DES SERVICES GOUVERNEMENTAUX. *Soyez le changement : Rapport annuel du Bureau de la diversité de la FPO de 2010*, Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2010. [http://www.mgs.gov.on.ca/stdprodconsume/groups/content/@mgs/@aboutmin/documents/resourcelist/stdprod_068440.pdf].

[33] WUNDERLICH, G.S., and J.L. Norwood, editors. *Food Insecurity and Hunger in the United States: An Assessment of the Measure*, [En ligne], Washington, D.C., National Academies Press, 2006. [http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11578] (Consulté le 19 octobre 2011).

[34] PELLIZZARI, R., and D.P. AYOTTE. *Addressing Poverty Reduction Through A Community Food Security Partnership*, [En ligne], Toronto, Ontario, Public Health Ontario, 2010. [http://www.oahpp.ca/resources/documents/presentations/2010sept24/Peterborough_pres.pdf] (Consulté le 18 octobre 2011).

[35] PELLIZZARI, R., and D.P. AYOTTE. *Addressing Poverty Reduction Through A Community Food Security Partnership (conference presentation)*, [En ligne], Health in All Policies Roundtable, 2010 Sep 24, Toronto, Ontario. [http://www.oahpp.ca/resources/documents/presentations/2010sept24/Peterborough_pres.pdf].

[36] TORONTO BOARD OF HEALTH. *Decision Document - HL7.5 : Shade Policy for the City of Toronto*, [En ligne], Toronto, Ontario, City of Toronto, 2007. [http://www.toronto.ca/health/resources/tcpc/pdf/shade_policy_decision.pdf#page=9] (Consulté le 18 octobre 2011).

[37] SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE DE SUDBURY ET DU DISTRICT. *Engageons une conversation sur la santé… sans jamais parler de soins de santé*, [Enregistrement vidéo], Sudbury, Ontario, Service de santé publique de Sudbury et du district, 2011. [http://www.sdhu.com/content/healthy_living/doc.asp?folder=3225&parent=3225&lang=1&doc=11749] (Consulté le 18 octobre 2011).

[38] ROSES, M. *Report on the United Nations High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*, in Washington, D.C., Pan American Health Organization 51st Directing Council, 2011 Dec 26-30.

[39] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *Opération protection de la santé: Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario*, [En ligne], Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 22 juin 2004. [http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/consumer_04f/summ_healthprotection04f.pdf] (Consulté le 19 octobre 2011).

[40] STATISTIQUE CANADA. *Indice de masse corporelle (IMC), selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus excluant les femmes enceintes, Canada, provinces et territoires, occasionnel* (tableau CANSIM 105-4009), Ottawa, Ontario, Statistique Canada, 2006.

[41] SMARTRISK. *The Economic Burden of Injury in Ontario*, [En ligne], Toronto, Ontario, SMARTRISK, 2006, p. 1. [http://www.oninjuryresources.ca/downloads/Ontario_Economic_Burden_of_Injury.pdf] (Consulté le 19 octobre 2011).

[42] SCHWARTZ, R., S. O'CONNOR, N. MINIAN, T. BORLAND, A. BABAYAN, R. FERRENCE, J. COHEN, and J. DUBRAY. *Evidence to Inform Smoking Cessation Policymaking in Ontario*, [En ligne], Toronto, Ontario, Ontario Tobacco Research Unit, 2010. [http://www.otru.org/pdf/special/special_CAP_august2010.pdf] (Consulté le 19 octobre 2011).